ITEM 058 : TROUBLES DE LA SEXUALITÉ CHEZ LA FEMME

- **15 à 70 %** des femmes rapportent des difficultés sexuelles temporaires ou permanentes.
- **Aucune « norme »** de sexualité ne peut être définie, sexualité jugée « normale » si **réponse sexuelle satisfaisante** pour la personne **sans porter préjudice** au partenaire/à l'entourage/à la société.
- **Trouble sexuel = dysfonction si présent depuis > 6mois dans > 75 % des situations, responsable d'une souffrance** (personnelle/relationnelle) : temporaire ou ancien, acquis ou non, généralisé ou situationnel.
- **Troubles sexuels** → souffrances parfois importantes (pour l'individu/le couple), conduites délictueuses.
- Si dysfonctionnement de réponse sexuel ou trouble du comportement sexuel **sans plainte = pas de médicalisation** !

PHYSIOPATH

Composantes	- **Identité sexuelle** : sexe biologique (organe sexuel), social (expression de genre), psychologique (se sentir homme/femme = identité de genre). - **Orientation sexuelle** : attirance sexuelle vers l'un ou l'autre sexe. - **Réponse sexuelle** : séquence d'événements physiologiques/émotionnels impliquant l'excitation centrale & périphérique et réponses génitales (**5 phases** de réponse sexuelle).
Phases de la réponse sexuelle	**- Désir** : androgénodépendante chez l'homme & la femme. **- Excitation** : mécanisme vasculo-tissulaire sensoriel hydraulique : lubrification vaginale (transsudat vasculaire : ↗vascularisation vaginale/vulvaire), tumescence de la vulve/muqueuse 1/3 inf vagin. **- Plateau** : maintien de l'excitation par les stimulations corticales (excitation psychologique) & médullaire (physique). **- Orgasme** : paroxysme du plaisir, qualité/intensité/durée variable++, avec signes vasomoteurs et contractions brèves de la musculature striée périnéale. **- Résolution** : pour la femme, possible orgasmes successifs si poursuite de la stimulation : phase de résolution après le dernier orgasme.
Facteurs influençant la sexualité	- Facteurs neuro-biologiques, psychoaffectifs. - Normes culturelles & sociales. - Valeurs éthiques & juridiques. - Croyances religieuses & spirituelles. - Contexte économique, politique, historique. **- Sexualité épanouie** = 4 facteurs (à interroger pendant l'interrogatoire si troubles) : • **Couple** : espace rassurant, bienveillant (sécurité affective). • Intégrité **anatomique & fonctionnelle** (dont système nerveux central & périph). • Intégrité **psychologique.** • **Environnement** : contexte socio-économique, culturel, normes/contraintes.
Causes de difficultés sexuelles	- Antécédent de **traumatisme psychique** (sexuels++). - Anomalies physiques : malformations, conséquences de chirurgie génitale ou mammaire, cicatrices corporelles, séquelles d'accouchement (neuropathie d'étirement, séquelles d'épisiotomie, malposition utérine acquise). **- Lichen scléreux vulvaire**, mycoses, herpes. **-** Phénomènes douloureux : **Endométriose.** - Tabou éducatif, lien maternel pathologique, carence affective. - Équilibre psychologique précaire, dépression. - Premières expériences sexuelles négatives. - Méconnaissance du corps sexué. - Dysmorphie objective (obésité), insuffisance d'estime/confiance en soi…
Classification troubles sexuels	- **Dysfonctions sexuelles** : troubles du désir, de l'excitation, de l'orgasme, de l'éjaculation, troubles sexuels avec douleur, dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale. - **Paraphilies.** - **Troubles de l'identité sexuelle.**

<table>
<tr><td rowspan="3">TROUBLES DU DÉSIR</td><td>Insuffisance/absence de désir</td><td>= Anaphrodisie : Diminution/absence de désir/intérêt sexuel sous toutes ses formes (coït, caresses, masturbation), primaire ou secondaire (a déjà éprouvé du désir), avec examen génital normal.
Intensité variable : de la baisse transitoire du désir à l'aversion persistante pour la sexualité.

= Trouble toujours MULTIFACTORIEL.
- Maladies chroniques et leurs TTT (cancers, douleur, suites post-chirurgicales), neuropathie.
- Sd métabolique.
- Endocrinopathies : diabète, dysthyroïdie, hyperprolactinémie, hypogonadisme.
- Post-partum, grossesse (dont par crainte d'effets des rapports sur le fœtus).
- Iatrogénie : antidépresseur, neuroleptique, tamoxifène, hyperprolactinémiants, antiandrogènes.
- Troubles vésico-sphinctériens/anorectaux/génitosexuels, douleur lors des rapports.
- Ménopause physiologique ou chirurgicale : hypo-œstrogénie.
- Infertilité, post-hystérectomie.
- Contraception : sans preuve pharmacologique.
- Cause psychogène : dépression, stress, anxiété, altération de l'image de soi (modification du schéma corporelle, expérience sexuelle traumatisante), faible éducation sexuelle.
- Vie socioprofessionnelle hyperactive (manque de temps), conditions de vie du couple.
- Événements psycho personnels : tabous, phobies, conditionnement (système de valeurs sexuelles, méfiance vis-à-vis de l'homme/la sexualité, climat familial sans affectivité), trouble de l'image corporelle, expérience sexuelle négative/traumatique, surinvestissement intellectuel.
- Éléments liés au couple : absence de communication, mauvais scénarios sexuels, pas de préliminaires, inexpérience, dysfonction sexuelle masculine, partenaire ne correspondant pas à l'image que s'en fait la femme, infidélité, conjugopathie…</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Information sur la sexualité, sexothérapeute.
- Œstrogénothérapie si anaphrodisie secondaire à la ménopause.</td></tr>
<tr><td>Excès de désir</td><td>= Exagération des besoins sexuels (hypersexualité, nymphomanie), recherche permanente de nouveaux partenaires (comportements de séduction permanente).
- Trouble de la personnalité (histrionique, narcissique)/psychiatrique (état maniaque, psychose).
- Cause organique :
• Syndrome frontal : tumeur frontale, épilepsie, syndrome démentielle…
• Intoxication alcoolique aiguë.
• Iatrogène : dopaminergique, antidépresseur (virage maniaque), corticoïdes…</td></tr>
<tr><td rowspan="3">TB DE L' EXCITATION</td><td colspan="2">= Incapacité persistante ou répétée à atteindre/maintenir, jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une réponse sexuelle adéquate. Chez la femme = intumescence, ou manque de lubrification (+/- dyspareunie, désintérêt sexuel).
- Excitation psychique : centrée sur l'exaltation de l'émotion pour une auto-intensification du plaisir (fantasme, imaginaire) : composante primordiale pour le bon déroulement de l'activité sexuelle.
- Excitation physique : composante centrée sur la région génitale.</td></tr>
<tr><td>Causes</td><td>- Neuro : sclérose en plaques, lésion médullaire, diabète.
- FDR cardiovasculaires : HTA, dyslipidémie, Sd métabolique, obésité, diabète, coronaropathie.
- Iatrogénie médicamenteuse (psychotropes)/chirurgie pelvienne, radiothérapie pelvienne.
- Maladies chroniques : cancer, douleur, suites chirurgicales.
- Dépression, stress, anxiété, expérience sexuelle traumatisante/traumatisme dans l'enfance, faible éducation sexuelle.</td></tr>
<tr><td>Lubrification insuffisante</td><td>= Conséquence du trouble de désir ou en rapport avec l'hypo-œstrogénie.
= Peut être la cause d'une baisse la libido, de dyspareunies, d'évitement des rapports.
Prise en charge : étiologique, lubrifiant local, hydratants, œstrogènes locaux.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">TROUBLES DU PLAISIR</td><td colspan="2">Troubles de l'orgasme (25 % des femmes !) : absence/retard persistant de l'orgasme après une excitation sexuelle normale : primaire/secondaire, transitoire/récurrente, circonstancielle ou non, partenaire-dépendant ou non.
- Anorgasmie = absence d'orgasme malgré une stimulation et une excitation adéquate.
- Hypo-orgasmie : intensité diminuée/difficulté à atteindre l'orgasme (recherche iatrogénie : ISRS/neuroleptiques).
➞ Causes d'anorgasmie/hypo-orgasmie identiques à celles des troubles de l'excitation.
- Dysorgasmie : douleur lors de l'orgasme.
➞ Causes différentes : troubles vésico-sphinctériens/anorectaux, chir pelvienne.
Autres causes de trouble de l'orgasme : antécédent de précarité affective (attachement non-sécurisant), de relation fusionnelle/hyper-protectrice (mère), peur de l'engagement, altération de l'image de soi, peur de l'échec/de la perte de contrôle, du rejet, culpabilité, angoisse.</td></tr>
<tr><td colspan="2">CAT :
- Synergie fonctionnelle clitorido-vaginale : orgasme « vaginal » = amplification profonde du plaisir « clitoridien ».
- Modalités d'accession au plaisir différentes selon les femmes.
- Anorgasmie toujours liée à une angoisse multifactorielle : peur de l'échec, perte du contrôle de soi, culpabilité, etc.
- Traitement par sexothérapie, sophrologie.</td></tr>
</table>

TROUBLES SEXUELS AVEC DOULEUR	**Dyspareunie**	**Dyspareunie superficielle d'intromission**	= *Lors du début de la pénétration.* - **Étroitesse pathologique** : **bride hyménéale, hypoplasie/atrophie vaginale.** - **Lichen scléreux, érosif, vulvovaginite, allergie.** - **Sécheresse vaginale** : Par hypo-oestrogénie (ménopause). / par iatrogénie (hormonothérapie : anti-aromatase, ATCD de radiothérapie). /par infections répétées (déséquilibre de la flore vaginale. - **Post-chirurgicale** : **myorraphie trop serrée des releveurs** (cure de prolapsus), **cicatrice scléreuse du périnée** (épisiotomie, déchirure obstétricale). - **Herpès, eczéma vulvaire, fissure anale, mycose, bartholinite, condylome.** - **Vestibulodynies provoquées** : douleur par pression/pénétration/mouvements du pénis/à l'éjaculation. - **Vaginisme** : spasme involontaire 1/3 inférieur du vagin.
		Dyspareunie de présence	= *Douleur après un certain temps de pénétration* (rare). - **Vaginite ++** inflammatoire/**mycose ++** prurigineuse. - **Atrophie muqueuse ++** : ménopause, castration chirurgicale. - **Sécheresse pathologique** des muqueuses génitales.
		Dyspareunie profonde	= *Balistique, ou de choc au fond au vagin* : toujours de cause organique. - **Inflammation pelvienne** : **cervicite**, **annexite**, **cellulite pelvienne.** - **Endométriose ++++.** - **Pathologie utérine ou ovarienne.** - **Syndrome de Masters et Allen.** *Nécessite souvent de faire des explorations (écho, IRM voire cœlioscopie).*
	Vaginisme	= Contraction musculaire prolongée ou récidivante des muscles du plancher pelvien, interdisant la pénétration vaginale (douloureuse). Entraine une **angoisse de pénétration/honte++,** consultation tardive, souvent désir/excitation/orgasme satisfaisant, introduction de tampon/doigt, examen gynéco parfois impossible.	
		Primaire : • Souvent **d'origine psychologique** : rigorisme religieux, conformisme social, culpabilisation des plaisirs, traumatisme affectif (viol, inceste), tendance homosexuelle latente, rejet du partenaire. • Angoisse de la pénétration +++ donc réaction par contraction involontaire. Méconnaissance du corps sexué.	
		TTT	- Sexothérapie du **couple :** anamnèse, éducation, TCC.
		Secondaire éliminer une **cause organique** : - Traumatisme gynécologique : **vaginite, ménopause, lichen.** - Obstétricale : **déchirure, épisiotomie mal réparée.** - Iatrogène : **curiethérapie, chirurgie, radiothérapie.** - Psychologique	
		TTT	- Prise en charge de lésions organiques. - **TTT psychosomatique** (2-3 séances) **:** explication anatomique, exploration de son corps, auto-introduction avec bougies de Hégar de calibre croissant, exercices de contraction/relâchement.
		Diagnostic différentiel : Sd de Rokitansky-Küster-Hauser (absence congénitale de vagin). - Annexes normales, axe hypothalamo-hypohysaire-périphérique normal = développement pubertaire normal avec aménorrhée primaire. - Utérus atrophique réduit à deux cornes rudimentaires.	
	Autres états non organiques	- Affections psycho-sexuelles : problèmes éducatifs, traumatismes, angoisse, insatisfaction sexuelle (plainte de douleur plus facile à porter qu'une absence de plaisir/désir). - Conflits conjugaux : « j'ai mal » synonyme de « je ne veux pas ». - États dépressifs : « j'ai mal » synonyme de « je VAIS mal ».	
	Douleur génitale	= Sans lien avec la pénétration, provoquée par toute stimulation : interférence avec la vie sexuelle. **Vulvodynies** : sensation d'inconfort/brûlure sans lésion, peut entrainer des troubles du désir/de l'excitation.	
PEC	**Dépistage**	- Rarement le motif principal de la consultation, sujet abordé en fin de consultation le plus souvent. - La patiente aborde rarement le sujet d'elle-même, c'est au praticien d'aborder le sujet de manière non invasive, en laissant la patiente choisir le moment opportun pour rebondir. - Temps de prise en charge sexologique = celui de la patiente, pas celui du praticien. - Qualités indispensables pour parler de sexologie : formation minimale, adaptation du langage, expression simple et sans gêne, en faisant abstraction de son propre système de valeurs sexuelles. - Ne pas hésiter à diriger vers un sexologue si besoin. *Ne pas ignorer une demande/espérer une amélioration spontanée/prescrire un placebo.*	

	1°consult	Lieu/temps dédié, écoute des deux membres du couple, empathie/bienveillance. - **Interrogatoire** : ATCD (dont psy), profil du patient, événements de vie positifs/négatifs, désir de PEC du patient/partenaire, événement déclencheur, retentissement personnel & sur le couple. - **Examen clinique** : recherche de trouble CV, neuro, endocrinien, uro, gynéco…
	PEC	Identifier la demande réelle du patient/couple, fixer des objectifs (implication active du patient). **Sexothérapie** = thérapie courte, dialogue avec le praticien, PEC globale individuelle & relationnelle. - Information & explications rationnelles concrètes. - Psychothérapie de soutien, technique d'affirmation de soi, TCC, travail de gestion émotionnelle. - Approche pharmacologique si besoin. - Approche « corporelle » ++ : prise de conscience comportementale/sensorielle/émotionnelle. - PEC relationnelle : thérapie de couple, amélioration de la communication. - PEC des causes organiques (multidisciplinaire).